



Tilleggsundersøkelse om psykiske lidelser blant studenter

2023

Tittel:

SHoT 2023 Tilleggsundersøkelse om psykiske lidelser blant studenter

Forfattere:

Børge Sivertsen, Folkehelseinstituttet

Malin Schrøen Johansen, Studentsamskipnaden SiO; Universitetet i Bergen.

Redaksjon:

Kari - Jussie Lønning, (SiO)

Trond Morten Trondsen (SiO)

Hege Råkil, Studentsamskipnaden på Vestlandet (Sammen)

Espen Munkvik, Studentsamskipnaden i Gjøvik, Ålesund og Trondheim (Sit)

Publikasjonstype: Rapport

ISBN trykket utgave: ISBN 978-82-691382-4-5

Rapporten kan lastes ned som PDF på <https://www.studenthelse.no/>

ISBN elektronisk utgave: ISBN 978-82-691382-5-2

Emneord (MeSH):

studenter, helse, psykisk helse, psykiske lidelser, psykiske plager, rusbrukslidelser

Sitering:

Sivertsen B, Johansen MS. "[Prevalence of mental disorders among Norwegian college and university students: a SHoT report]. Oslo: Studentsamskipnaden SiO, 2023.

FORORD

Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) kartlegger studentenes helse og trivsel i bred forstand. Formålet er å gi innsikt i hvordan studentene har det, og hvordan velferdstilbudet til studenter kan bedres.

I denne rapporten presenterer vi resultatene fra SHoT tilleggundersøkelse 2023, hvor vi har kartlagt forekomsten av psykiske lidelser blant studenter.

De siste årene har vi sett en tydelig negativ trend, hvor stadig flere studenter rapporterer om psykiske plager. I SHoT 2022 rapporterte 42 % av studentene om psykiske plager, og andelen studenter som har det som kan kategoriseres som alvorlige psykiske plager økte fra 18 % i 2018 til 35 % i 2022 (Sivertsen & Johansen, 2022). Selv om disse funnene indikerer en økning i psykiske plager blant studenter, mangler vi tall på forekomsten av psykiske lidelser, definert etter internasjonale diagnosekriterier. Det har lenge vært stor usikkerhet knyttet til forekomsten av psykiske lidelser i denne gruppen.

I denne undersøkelsen benyttet vi en nyutviklet selv-administrert elektronisk versjon av det diagnostiske kartleggingsverktøyet *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI versjon 5.0), utviklet av Verdens Helseorganisasjon. FHI har oversatt dette til norsk og sammen med SSB utviklet en elektronisk versjon. SSB stod for gjennomføringen av undersøkelsen. Dette er første gang et validert psykiatrisk intervju har blitt brukt elektronisk på denne måten.

Deltakerne samtykket til å bli invitert til denne tilleggundersøkelsen da de svarte på SHoT 2022. 26 311 studenter svarte ja til dette. For å oppnå en tilnærmet lik kjønnsfordeling som i SHoT 2022 ble flere menn enn kvinner invitert til å delta i tilleggundersøkelsen, noe som resulterte i at 16 418 ble invitert til å svare. Undersøkelsen ble gjennomført over en to ukers periode, fra 24. januar til 6. februar 2023, omtrent ett år etter SHoT 2022. Totalt 10 460 studenter gjennomførte tilleggundersøkelsen, noe som ga en svarprosent på 63,7 %.

På oppdrag fra studentsamskipnadene SiO, Sit, og Sammen er tilleggundersøkelsen utført av Folkehelseinstituttet (FHI). Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk - og helsefaglig forskningsetikk (REK), og alle deltagerne fikk innledningsvis en detaljert orientering om undersøkelsens personvern og forskningsetikk. Tilleggundersøkelsen følger i rekken av SHoT 2010, SHoT 2014 og SHoT 2018, samt tilleggundersøkelsen i 2021 pga. COVID-19-pandemien og SHoT 2022.

SiO, Sit og Sammen tok initiativet til SHoT 2010 etter at Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet hadde utredet situasjonen for psykiske helsetjenester for studenter. Utredningen ga følgende anbefaling; «...at det jevnlig gjennomføres nasjonale undersøkelser av studenters levekår, og at det sikres at disse undersøkelsene også har fokus på hva som forårsaker problemer for studenters psykiske helse.» Rapporten dokumenterer hovedresultatene fra tilleggundersøkelsen. Styringsgruppen har etablert en nettside for å gjøre utvalgte data lett tilgjengelig for alle interesserte: <https://www.studenthelse.no>

Vi vil takke FHI for et solid nybrottsarbeid med denne tilleggundersøkelsen og vi vil takke SSB for hjelp til gjennomføringen. Vi vil også takke utdanningsinstitusjoner, studenter og studentsamskipnader for samarbeidet i forbindelse med gjennomføringen av undersøkelsen. Sist vil vi takke Kunnskapsdepartementet som finansierte denne tilleggundersøkelsen.

Funnene i denne rapporten er basert på forskningsresultater fra det engelskspråklige fagfelleverderte tidsskriftet *The Lancet - Regional Health Europe*:

Sivertsen B, Knudsen AKS, Kirkøen B, Skogen JC, Lagerstrøm BO, Lønning KJ, Kessler RC, Reneflot A.

Prevalence of mental disorders among Norwegian college and university students: a population-based cross-sectional analysis. The Lancet Regional Health – Europe 2023; 100732. Published Online Sept 19.

<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100732>

Kari - Jussie Lønning
leder av styringsgruppen SHoT

Hege Råkil
Sammen

Trond Morten Trondsen
SiO

Espen Munkvik
Sit

Forord	1
Innholdsfortegnelse	2
Forfattere	3
Hovedresultater	3
1. INTRODUKSJON	4
1.1 Begreper.....	4
1.2 Forekomst av psykiske helseproblemer blant studenter.....	7
1.3 Hvorfor trenger vi tall på forekomst av psykiske lidelser blant studenter?	8
1.4 Oppsummering av tidligere forskning.....	9
2. METODE	10
2.1 Datainnsamling, rekruttering og utvalg	10
2.2 Måleinstrumenter	11
2.3 Statistiske analyser	12
3. RESULTATER	13
3.1 Beskrivelse av utvalget og representativitet.....	13
3.2 30-dagers forekomst (nåværende lidelse)	14
3.3 12-måneders forekomst.....	15
3.4 Livstidsforekomst	16
3.5 Aldersforskjeller	17
4. VEIEN VIDERE	19
4.1 Styrker og begrensninger ved undersøkelsen	20
Referanser	22

Børge Sivertsen¹, Malin Schrøen Johansen²

¹ Folkehelseinstituttet, Avdeling for helsefremmende arbeid

² Studentsamskipnaden SiO; Universitetet i Bergen

HOVEDRESULTATER

- I tilleggssundersøkelsen utgjorde kvinner 70,6 % av deltakerne og 29,4 % menn, med en gjennomsnittsalder på 24 år.
- Psykiske lidelser er generelt utbredt i studentbefolkningen. Omtrent en av tre studenter (33,9 %) oppfyller de formelle kriteriene for en nåværende psykisk lidelse.
- Forekomsten av en psykisk lidelse de siste 30-dagene (nåværende) er høy for både kvinner (39,7 %) og menn (25,7 %).
- De psykiske lidelsene som forekommer oftest er alvorlig depressiv episode (17,1 % av kvinner og 10,8 % av menn), og generalisert angstlidelse (16 % av kvinner og 8,2 % av menn).
- 5,6 % av kvinnelige studenter og 7,7 % av mannlige studenter oppfyller kriteriene for en nåværende alkoholbrukslidelse.
- 12-måneders forekomsten for psykiske lidelser er enda høyere. 57,3 % av de kvinnelige og 42,5 % av de mannlige studentene oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av det siste året.
- 10,6 % av de kvinnelige og 15,1 % av de mannlige studentene har hatt en form for rusbrukslidelse det siste året.
- Psykiske lidelser er generelt vanligere hos kvinnelige studenter, mens flere mannlige studenter har en hatt alkoholbrukslidelse eller rusbrukslidelse.
- Hele 67,3 % av de kvinnelige studentene og 53,6 % av de mannlige studentene oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av livet.
- Alvorlig depressiv episode og generalisert angstlidelse er de lidelsene som forekommer oftest.

1. INTRODUKSJON

1.1 BEGREPER

Om psykiske plager og lidelser

Når vi snakker om psykisk helse, skiller vi mellom psykiske plager og psykiske lidelser.

Psykiske plager refererer til midlertidige eller kortvarige problemer som en person kan oppleve i løpet av livet. Eksempler på vanlige plager kan være nedstemthet, engstelse og uro. Graden av plager kan variere og ha ulik påvirkning på personen, men for mange vil psykiske plager kunne medføre redusert livskvalitet og fungering i hverdagen. Psykiske plager har en mildere symptomintensitet enn psykiske lidelser. Mange vil kunne oppleve å ha betydelige psykiske plager i kortere eller lengre perioder, uten at dette nødvendigvis vil kreve oppfølging i helsetjenestene.

Begrepet **psykiske lidelser** blir først brukt når symptombelastningen er stor, vedvarer over tid og er av en slik karakter at kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt. Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for et bredt spekter av lidelser, og psykiske diagnoser brukes til å beskrive og klassifisere de ulike psykiske lidelsene i henhold til internasjonale diagnosekriterier beskrevet i diagnosemanualene DSM-5 og ICD-11. De ulike klassifikasjonssystemene er delvis overlappende, og inneholder en omfattende liste over psykiske lidelser, som for eksempel angst, depresjon, spiseforstyrrelser, bipolar lidelse, schizofreni og mange flere. Psykiske lidelser er mer belastende enn psykiske plager, og vil derfor som regel medføre betydelig ubehag, redusert livskvalitet og uttalt tap av funksjon, for eksempel i forhold til jobb, skole og familie.

I denne rapporten omtaler vi følgende psykiske lidelser:

Angstlidelser

Angstlidelser inkluderer enhver psykisk lidelse hvor det primære symptomet er en irrasjonell frykt. Ofte vil personer med en angstlidelse gjøre alt for å unngå det som trigger denne frykten. Angsten kan utløses av spesifikke objekter eller situasjoner (fobiske angstlidelser) eller av mer diffuse vedvarende bekymringer, uro og spenninger (generalisert angst). Panikklidelse kjennetegnes av at angsten oppstår plutselig og uten åpenbar grunn, og forårsaker ubehagelige kroppslige reaksjoner, slik som hjertebank, kvalme, svette og pustevansker. Sosial angstlidelse er en fobisk angstlidelse som kjennetegnes av frykt for å gjøre noe feil eller bli negativt vurdert i sosiale situasjoner. Personen kan være redd for å ta ordet i en gruppe eller at noen skal se at de er nervøse. Spesifikke fobier er relatert til bestemte situasjoner eller gjenstander, som for eksempel høyder, flyving, lukkede rom eller slanger. Agorafobi er frykten for å være alene utenfor hjemmet på steder som oppleves som farlige eller hvor man kan bli «fanget», som kjøpesentre eller offentlig transport.

Depressive lidelser

Kjernesymptomene for depressive lidelser er nedsatt stemningsleie og energi, kombinert med tap av interesse for, eller glede av ting man tidligere likte. Andre vanlige symptomer er lav selvfølelse og selvtillit, økt skyldfølelse, tanker om selvmord eller selvskading, pessimistiske tanker om fremtiden, samt søvn- og konsentrasjonsvansker. Depressive lidelser kan ha ulik varighet og alvorlighetsgrad. I denne rapporten har vi kartlagt det som kalles alvorlig depressiv episode, og ikke den mer vanlige alvorlig depresjon. Årsaken til dette er at vi ikke har kartlagt bipolar lidelse, som er et nødvendig eksklusjonskriterium for å stille diagnosen alvorlig depresjon. Det vil likevel være stor grad av overlapp mellom alvorlig depresjon og alvorlig depressiv episode, siden bipolar lidelse er relativt sjeldent (livstidsforekomst på ca. 1%). Typiske kjennetegn for alvorlig depresjon er:

1. Depressiv stemning: Personer med alvorlig depresjon opplever en vedvarende og dyp følelse av tristhet, håpløshet eller tomhet. Denne depressive stemningen varer vanligvis størstedelen av dagen, nesten hver dag, i minst to uker.
2. Tap av interesse og glede: En betydelig reduksjon eller tap av interesse og glede for tidligere hyggelige aktiviteter kalles anhedoni. Personer med alvorlig depresjon kan miste interessen for hobbyer, sosialt samvær, seksuell aktivitet eller andre aktiviteter de tidligere likte.
3. Endring i appetitt og vekt: Personer med alvorlig depresjon kan oppleve endringer i appetitt og vekt. Dette kan inkludere tap av appetitt og vekt, eller omvendt, økt appetitt og vektøkning.
4. Søvnforstyrrelser: Endringer i søvnmønsteret er vanlig ved alvorlig depresjon. Dette kan innebære problemer med å sovne (insomni), hyppig oppvåkning om natten, eller økt søvnighet og forlenget søvn (hypersomni).
5. Psykomotorisk endring: Personer med alvorlig depresjon kan oppleve endringer i deres psykomotoriske funksjon. Dette kan innebære følelse av rastløshet, en merkbart økt eller redusert hastighet på tale og bevegelser, eller en generell følelse av fysisk uro eller sløvhet.
6. Energitap: Alvorlig depresjon kan føre til en betydelig reduksjon i energinivået. Personer kan oppleve vedvarende følelse av tretthet, manglende energi og en følelse av utmattelse, selv etter minimal anstrengelse.
7. Konsentrasjons- og beslutningsvansker: Kognitive vansker er vanlige ved alvorlig depresjon. Det kan være vanskelig å konsentrere seg, ta beslutninger eller opprettholde hukommelse og oppmerksomhet.
8. Selvfølelsesproblemer: Personer med alvorlig depresjon kan ha lav selvfølelse og føle seg verdiløse eller skyldige uten tilstrekkelig grunn. De kan ha negative tanker om seg selv, selvkritikk eller tanker om død eller selvmord.

Rusbrukslidelser

Rusbrukslidelser tilhører samlebegrepet psykiske lidelser, og betegner skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Dette inkluderer alkohol, legemidler og narkotiske stoffer. Skadelig bruk av rusmidler kjennetegnes av at rusmiddelbruken skader en persons fysiske eller psykiske helse (akutt eller over tid). Rusmiddelavhengighet innebærer at brukeren har et sterkt ønske om å bruke rusmidler og har vanskeligheter med å kontrollere bruken. Brukeren

fortsetter å bruke til tross for at det får uheldige konsekvenser og prioriterer rusmiddelbruken fremfor andre aktiviteter og forpliktelser. Brukeren kan utvikle toleranse (behov for å øke dosen) og kan oppleve abstinenssymptomer. Symptomene varierer basert på typen rusmiddel som brukes, og omfanget av bruken.

Alkoholbrukslidelse

Alkoholbrukslidelse klassifiseres som en psykisk lidelse, og oppstår som et resultat av problematisk og skadelig alkoholbruk. Denne lidelsen kan variere i alvorlighetsgrad og omfatte ulike symptomer og konsekvenser. Typiske kjennetegn alkoholbrukslidelse er:

1. Tap av kontroll: Personer med alkoholbrukslidelse har problemer med å kontrollere hvor mye de drikker eller hvor lenge de drikker. De kan ha problemer med å begrense inntaket av alkohol, selv om de ønsker å redusere eller slutte.
2. Toleranse: Toleranse betyr at personen trenger mer alkohol for å oppnå samme effekt som tidligere. Det innebærer at personen gradvis må drikke større mengder alkohol for å oppleve den ønskede beruselsesfølelsen.
3. Fysisk avhengighet: Langvarig og tungt alkoholbruk kan føre til fysisk avhengighet. Når kroppen er vant til alkoholens tilstedeværelse, oppstår abstinenssymptomer når personen slutter å drikke eller reduserer alkoholinntaket betydelig. Disse symptomene kan inkludere skjelvinger, svette, angst, søvnproblemer og kramper.
4. Fortsettelse av bruk tross negative konsekvenser: Personer med alkoholbrukslidelse fortsetter å drikke selv om de opplever negative konsekvenser i livet sitt. Dette kan inkludere problemer med helse, studier eller jobb, forhold eller lovbrudd. Til tross for disse problemene fortsetter personen å prioritere alkoholbruk.
5. Endret atferd og prioriteringer: En person med alkoholbrukslidelse kan bruke mye tid på å skaffe, drikke eller komme seg etter alkoholens virkning. Dette kan føre til neglisjering av andre ansvarsområder og interesser.
6. Manglende kontroll over drikkeatferden: Personer med alkoholbrukslidelse kan oppleve at de ikke er i stand til å begrense eller stoppe alkoholinntaket selv om de har intensjoner om å gjøre det. Dette kan føre til en følelse av hjelpeløshet og frustrasjon.

Stoffbrukslidelse

Stoffbrukslidelse er en psykisk lidelse som oppstår som et resultat av problematisk og skadelig bruk av andre rusmidler enn alkohol. Lidelsen innebærer et mønster med bruk av rusmidler som fører til negative konsekvenser for individets fysiske helse, mentale velvære, sosiale fungering og/eller andre viktige områder av livet. Stoffbrukslidelse kan involvere ulike typer rusmidler, inkludert illegale stoffer som narkotika og ulovlige medisiner, samt legemidler som brukes utenfor den foreskrevne bruken. Kjennetegnene er ellers like dem som er beskrevet for alkoholbrukslidelse over.

1.2 FOREKOMST AV PSYKISKE HELSEPROBLEMER BLANT STUDENTER

De siste årene har selvrapporterte tall indikert en klar økning i psykiske helseproblemer blant studenter, og forekomsten ser ut til å være høyere i denne gruppen enn i befolkningen generelt (Ibrahim et al., 2013). Nylige systematiske oppsummeringer av den internasjonale forskningen anslår at 25-30 % av studenter opplever angst og depresjon i løpet av ett år (Chi et al., 2023; Ibrahim et al., 2013; Kou et al., 2012; Sheldon et al., 2021). Den samme utviklingen ser man blant norske studenter. Siden 2010 har vi gjennom SHoT-undersøkelsen kartlagt norske studenters helse og trivsel. De siste årene har vi sett en tydelig negativ trend, hvor stadig flere studenter rapporterer om psykiske plager. I SHoT 2022 rapporterte 42 % av studentene om psykiske plager, og andelen studenter som har det som kan kategoriseres som alvorlige psykiske plager økte fra 18 % i 2018 til 35 % i 2022 (Sivertsen & Johansen, 2022).

Selv om disse funnene tyder på en økning i psykiske plager blant studenter, mangler vi tall på forekomsten av psykiske lidelser, definert i henhold til internasjonale diagnosekriterier. Det har lenge vært stor usikkerhet knyttet til forekomsten av psykiske lidelser i denne gruppen. En hovedårsak ligger i hvordan vi måler forekomsten av psykiske plager og psykiske lidelser. Forekomsten av psykiske plager måles som regel ved bruk av korte spørreskjema. Når det gjelder psykiske lidelser må symptombelastningen være høy nok til at bestemte diagnostiske kriterier oppfylles. For å få presise estimater på forekomsten av psykiske lidelser kreves derfor en langt mer omfattende og grundig vurdering gjennom kliniske undersøkelser, som for eksempel diagnostiske intervjuer. Strukturerede diagnostiske intervjuer brukes for å vurdere om diagnosekriteriene for en psykisk lidelse er oppfylt. Slike intervjuer kartlegger sykdomshistorikk, symptomer, atferd og andre faktorer som kan indikere tilstedeværelsen av en psykisk lidelse.

En betydelig utfordring er at de fleste studier bruker enten korte spørreskjemaer eller kun screeningspørsmålene fra diagnostiske intervjuer for å kartlegge psykiske helseproblemer (Auerbach et al., 2016; Ballester et al., 2019). Kun et fåtall studier bruker strukturerede diagnostiske intervjuer, som regnes som gullstandarden for å diagnostisere psykiske lidelser (Nordgaard et al., 2013; Rettew et al., 2009). Et unntak er den nederlandske Nemesis-studien, som undersøkte forekomsten av psykiske lidelser mellom 2019 og 2022. Denne studien fant at 35-40 % av voksne mellom 18-24 år oppfylte diagnosekriteriene for en psykisk lidelse over de siste 12 månedene (Trimbos Institute, 2023). Mangelen på diagnosebaserte undersøkelser i Norge, og på verdensbasis, skyldes at det er svært tid- og ressurskrevende å gjennomføre slik forskning (Baxter et al., 2013).

I denne undersøkelsen benyttet vi en nyutviklet selv-administrert elektronisk versjon av det diagnostiske kartleggingsverktøyet *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI versjon 5.0), utviklet av Verdens Helseorganisasjon. Målet med undersøkelsen var å kartlegge forekomsten av psykiske lidelser og rusbrukslidelser blant norske studenter. Dette er første gang et validert psykiatrisk intervju har blitt brukt elektronisk på denne måten. Som nevnt er det svært ressurskrevende å gjennomføre diagnostiske intervjuer i sin tradisjonelle form (ansikt til ansikt eller telefonintervju). Bruken av en elektronisk versjon gjorde det mulig å unngå noen av barrierene assosiert med strukturerede diagnostiske intervjuer, og samtidig gjennomføre undersøkelsen på et større utvalg.

1.3 HVORFOR TRENGER VI TALL PÅ FOREKOMST AV PSYKISKE LIDELSER BLANT STUDENTER?

Psykiske lidelser regnes som en av våre største folkehelseutfordringer, og er utbredt i den norske befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2018; Reneflot et al., 2018). I den voksne befolkningen er angst, depresjon og rusbrukslidelser de vanligste lidelsene (Reneflot et al., 2018). Psykiske lidelser har betydelige konsekvenser for samfunnet og enkeltindivider gjennom uføretrygd og sykefravær, sykdomsbelastning og kostnader, og helsetap og tapte leveår (Knudsen et al., 2016). I aldersgruppen 10-34 år er psykiske lidelser den dominerende årsaken til helsetap (Knudsen et al., 2017). Psykiske lidelser har også betydelige økonomiske kostnader, og ifølge Folkehelseinstituttet koster psykiske lidelser samfunnet 60-70 milliarder kroner per år (Røsjø, 2014).

Med andre ord utgjør psykiske lidelser en svært stor utfordring på flere ulike plan. Dessverre har vi i dag ikke et tilstrekkelig datagrunnlag for forekomsten av psykiske lidelser (Reneflot et al., 2018). Uten presise forekomsttall har vi liten forståelse av utbredelsen av psykiske lidelser og hvordan det fordeler seg i befolkningen. Gode estimat på forekomsten av psykiske lidelser er avgjørende for planleggingen av psykiske helsetjenester, og helsefremmende og forebyggende innsats. Uten tilstrekkelig informasjon om utbredelsen av problemene er det vanskelig å dimensjonere helsefremmende og forebyggende innsats, og vurdere om helsetjenestene dekker behandlingsbehovet (Reneflot et al., 2018). Forekomsttall danner også grunnlaget for å beregne sykdomsbyrden av psykiske lidelser. Gode forekomsttall for psykiske lidelser er derfor essensielt for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, hvor man er i stand til å fordele ressurser etter behov.

Unge voksne er i en viktig overgangsperiode, og er en aldersgruppe det er spesielt viktig å fokusere på av flere grunner. Først og fremst debuterer psykiske lidelser ofte sent i ungdomsårene og i tidlig voksen alder. Hele 60-70 % av alle psykiske lidelser som oppstår gjennom livet debuterer før 25-års alderen (Solmi et al., 2022). For det andre, viser tall fra OECD (Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling) at andelen unge voksne med høyere utdanning har økt fra 27 % til 48 % over de siste 20 årene, og andelen fortsetter å øke (Erudera, 2022). Økningen i personer som tar høyere utdanning tyder på en stor endring i utdanning og et skille mellom unge voksne basert på sosioøkonomisk status. For det tredje, de studiene som har kartlagt psykiske lidelser blant studenter over nå over 15 år gamle. Oppdaterte forekomstestimer blant studenter er nødvendig for at utdanningsinstitusjonene og studentsamskipnadene skal kunne optimalisere deres helsetjenester, fordele ressurser, og satse på forskning (Costello et al., 1993). Videre har psykiske lidelser betydelige negative konsekvenser for utdanning, sosiale forhold og økonomi, og vedvarer over tid (Duffy et al., 2020). Psykiske lidelser er også en av hovedårsakene til frafall i høyere utdanning (Hjorth et al., 2016) og selvmord blant unge voksne (Bilsen, 2018). Derfor er det å oppdage psykiske lidelser blant høyskole- og universitetsstudenter en viktig mulighet til å adressere den store byrden psykiske lidelser har. Dessuten ble det observert en kraftig økning i psykiske plager i den første perioden av COVID-19 pandemien, spesielt blant unge voksne (Hossain et al., 2020; King et al., 2022; Sivertsen et al., 2022). Det er et åpenbart behov for oppdaterte forekomstestimer for psykiske lidelser basert på data innsamlet etter opphevelsen av COVID-19 relaterte restriksjoner og nedstengninger.

1.4 OPPSUMMERING AV TIDLIGERE FORSKNING

I forkant av denne undersøkelsen ble det foretatt et omfattende litteratursøk av tidligere forskning på feltet. Det ble søkt i databasene APA Psychinfo og OVID Medline med søkeordene *psykiske lidelser*, *angstlidelser*, *stemningslidelser*, *depressive lidelser*, *panikklidelse*, *fobi*, *alkoholbrukslidelse*, *stoffbrukslidelse* eller variasjoner av disse søkeordene. Litteratursøket ble avgrenset til engelskspråklige systematiske oversikter, publisert fra 1. januar 2013 til 1. april 2023. Søket resulterte i 6 systematiske oversikter bestående av studier som i all hovedsak benyttet korte spørreskjemaer eller screeningspørsmål for å kartlegge symptomer på angst og/eller depresjon. Kun én systematisk oversikt inkluderte to studier som brukte diagnostiske intervjuer (Ahmed et al., 2023). Den første var en fransk studie basert på data fra kortversjonen av WHO-CIDI, som ble samlet inn i 2005 og 2006. Funnene viste at 12 måneders forekomsten for depressiv lidelse, angstlidelse og rusbrukslidelse var 8.9 %, 15.7 % og 8.1 % (Verger et al., 2010). Den andre var en kinesisk studie som brukte data fra WHO-CIDI 3.0 samlet inn i 2007. Denne studien fant at livstidsforekomsten, 12-måneders forekomsten, og 30-dagers forekomsten for psykiske lidelser var 25.6 %, 15.7 % og 6.8 % (Kou et al., 2012).

Det er verdt å nevne at det tidligere er blitt gjennomført flere diagnosebaserte nasjonale befolkningsundersøkelser i ulike land, men at disse er ti år gamle eller eldre (Reneflot et al., 2018). Det har ikke blitt gjennomført en nasjonal diagnosebasert forekomststudie i Norge. Det er gjort noen studier på utvalgte deler av befolkningen, men de er alle av eldre dato og derfor lite egnet til å beskrive den psykiske helsen i Norge i dag. I 2019-2020 ble det gjennomført en diagnosebasert undersøkelse blant voksne på 20-65 år, i regi av Folkehelseinstituttet og Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Foreløpige funn fra undersøkelsen viser at forekomsten av psykiske lidelser holdt seg stabilt de første 6 månedene av COVID-19 pandemien, med unntak av en nedgang i psykiske lidelser ved starten av pandemien (Knudsen et al., 2021). Flere resultater vil sannsynligvis publiseres i løpet av 2023 og 2024.

2. METODE

SHoT er et samarbeidsprosjekt mellom de tre største studentsamskipnadene i Norge (SiO, Sit og Sammen), og gjennomføres av Folkehelseinstituttet. SHoT er Norges største studentundersøkelse, og kartlegger studenters helse og trivsel i bred forstand. Undersøkelsen startet i 2010 og gjennomføres hvert fjerde år. For denne tilleggsundersøkelsen ble det inngått et samarbeid med SSB som var ansvarlig for gjennomføringen av undersøkelsen. Undersøkelsen har blitt godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (no.2022/326437).

2.1 DATAINNSAMLING, REKRUTTERING OG UTVALG

Deltakerne i denne tilleggsundersøkelsen ble hentet fra siste runde gjennomført i 2022. SHoT 2022 kartla en rekke områder i studentenes liv, slik som psykisk helse, fysisk helse og trivsel. SHoT 2022 ble gjennomført i perioden 8. februar til 19. april 2022. Alle norske heltidsstudenter, både i Norge og i utlandet, ble invitert til å delta. Studentene mottok invitasjon til å delta i undersøkelsen både via e-post og SMS, og studenter som ikke svarte mottok i alt 3 påminnelser. Studentpolitiske organisasjoner (Velferdsting mfl.) gjorde en stor innsats for å skape oppmerksomhet rundt undersøkelsen, og oppfordre studenter til å svare. Noen utdanningsinstitusjoner gav studentene mulighet til å svare i undervisningstiden. Totalt oppfylte 169 572 studenter inklusjonskriteriene, hvorav 59 544 besvarte undersøkelsen. Dette ga en samlet svarprosent på 35.1 % i SHoT 2022. Ved bruk av data fra Statens Lånekaske for utdanning fant vi at svarprosentene var relativt lik på tvers av de fire helseregionene i Norge, med svarprosenten mellom 32.1 % og 37.5 %.

Da studentene gav sitt samtykke til å delta i SHoT 2022, ble de også spurt om de samtykket til å bli kontaktet for en tilleggsundersøkelse om psykiske lidelser. 26 311 studenter svarte bekreftende på dette. For å få en kjønnsfordeling som bedre reflekterte den opprinnelige studiepopulasjonen, ble en relativt høyere andel av de mannlige studentene invitert til tilleggsundersøkelsen. Spesifikt ble alle menn som hadde gitt sitt samtykke invitert, mens andelen kvinner som ble invitert ble noe redusert. Uttrekket av kvinner som fikk invitasjon til å delta ble gjort helt randomisert. Som følge av dette ble 16 418 studenter, som var offisielt registrert pr. januar 2023, invitert. Likevel bestod det endelige utvalget av omtrent 70 % kvinner, da en mindre andel av mennene hadde gitt sitt samtykke til å bli kontaktet for denne typen fremtidige undersøkelser. Undersøkelsen ble gjennomført over en to ukers periode, fra 24. januar til 6. februar 2023, omtrent ett år etter SHoT 2022. Totalt 10 460 studenter gjennomførte tilleggsundersøkelsen, noe som ga en svarprosent på 63,7 %.

Composite International Diagnostic Interview femte utgave (CIDI 5.0)

Composite International Diagnostic Interview 5.0 (CIDI) er et veletablert strukturert diagnostisk intervju, som ble utviklet av Verdens helseorganisasjon (WHO) i forbindelse med World Mental Health (WMH) Survey Initiative (Kessler & Üstün, 2004). Intervjuet kartlegger 30 dagers-, 12 måneders- og livstidsforekomsten for de vanligste psykiske lidelsene og rusbrukslidelsene. Det inkluderer type, varighet, alvorlighetsgrad og grad av funksjonsnedsettelse. CIDI tar utgangspunkt i diagnostiske kriterier fra den amerikanske diagnosemanualen DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Intervjuet er bygd opp av tre typer moduler: bakgrunnsmoduler, diagnostiske moduler og ikke-diagnostiske moduler. Bakgrunnsmodulene kartlegger grunnleggende informasjon om deltakeren slik som alder, kjønn og nasjonalitet, i tillegg til deres generelle helsetilstand. I de diagnostiske modulene vurderes diagnosekriteriene for de forskjellige psykiske lidelsene. I de ikke-diagnostiske modulene stilles spørsmål om andre forhold i livet, slik som økonomisk situasjon og sosiale nettverk.

CIDI er ett av de mest brukte diagnostiske intervjuene innen psykiatrisk forskning og har blitt testet på populasjoner over hele verden. CIDI samsvarer godt med andre diagnostiske intervjuer, slik som The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) og Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (Haro et al., 2006; Jordanova et al., 2004).

Den nyeste revisjonen av CIDI (CIDI 5.0) ble brukt i Norge for første gang i 2016 gjennom PsykHUNT-undersøkelsen, som var en del av den fjerde runden av Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT4). Prosjektet ble gjennomført av Folkehelseinstituttet og HUNT forskningssenter på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og var ment som en pilotering av en nasjonal diagnosebasert undersøkelse for psykiske lidelser og rusbrukslidelser (Knudsen et al., 2020). I forbindelse med prosjektet ble CIDI 5.0 oversatt og tilpasset en norsk kontekst. Oversettelsen fulgte retningslinjene for oversettelse av internasjonale måleinstrumenter beskrevet i The Manual Cross-Cultural Survey Guidelines (Survey Research Center, 2016), i tillegg til WHMs egne retningslinjer for undersøkelsen. Det ble forsøkt å holde oversettelsen tett opp mot den engelske versjonen, samtidig som det ble gjort nødvendige tilpasninger til norske forhold. Det var ikke et mål å gi en ordrett oversettelse, men heller sørge for at spørsmålene ga mening i den lokale settingen.

Elektronisk utgave av CIDI 5.0

For denne undersøkelsen benyttet vi en nyutviklet selv-administrert elektronisk versjon av CIDI 5.0, som har blitt tilpasset et spørreskjema- og selvrapporteringsformat. Denne selv-administrerte elektroniske versjonen ble utviklet av The World Mental Health Survey Initiative ved Harvard University, og er identisk med den originale CIDI 5.0, med unntak av at informanten er utfylleren selv, og ikke en annen person. CIDI er utviklet i softwareverktøyet Blaise 5.4, som er designet for innsamling av spørreskjemadata. Blaise brukes av flere nasjonale statistikkbyråer i Europa. I denne undersøkelsen var det Statistisk sentralbyrå (SSB) som administrerte CIDI og gjennomførte datainnsamlingen.

Den norske versjonen av CIDI er basert på den offisielle norske oversettelsen av CIDI 5.0, som beskrives i detalj i studieprotokollen fra PsykHUNT-undersøkelsen (Knudsen et al., 2020). Med bakgrunn i erfaringer fra PsykHUNT-undersøkelsen ble det gjort mindre omformuleringer i spørsmålene. Det ble også gjort enkelte småjusteringer i ordbruken for å treffe studentpopulasjonen bedre.

Vi valgte å inkludere et begrenset utvalg av de opprinnelige 25 modulene i denne tilleggsundersøkelsen. De inkluderte diagnosene var alvorlig depressiv episode, generalisert angstlidelse, panikklidelse, spesifikke fobier, agorafobi, sosial angstlidelse, alkoholbrukslidelse og stoffbrukslidelse. Formålet med å begrense omfanget av undersøkelsen var å minimere belastningen på deltakerne. Det kan ta opptil 1-2 timer å besvare alle modulene i CIDI, noe som antageligvis ville påvirket undersøkelsens svarprosent negativt.

Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25)

Psykiske plager ble målt med den internasjonalt anerkjente Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25), som er utviklet for å fange opp symptomer på angst og depresjon (Derogatis et al., 1974). Dette er en forkortet versjon av den 90-spørsmål lange HSCL-90, som måler en rekke psykiske lidelser. HSCL-25 består av en liste med 25 symptomer, eller problemer, der studentene blir bedt om å gi en vurdering av hvor mye hvert symptom var til plage eller ulempe for dem de siste to ukene. Svaralternativene er (1) «ikke i det hele tatt», (2) «litt», (3) «en god del» og (4) «svært mye». Basert på svarene kalkuleres en gjennomsnittsskår, der økende skår indikerer høyere nivå av plager. I en undersøkelse av egenskapene til HSCL-25 basert på dataene fra SHoT 2014 (Skogen et al., 2017), ble det funnet at skalaen best brukes som et endimensjonalt mål på psykiske plager (og ikke delt opp i underdimensjoner som angst og depresjon). Vi har valgt å følge anbefalingen fra denne undersøkelsen fordi den benyttet tidligere SHoT-data, og det er grunn til å tro at funnene også er relevante for denne undersøkelsen. Studentene besvarte HSCL-25 både i SHoT 2022-undersøkelsen og i tilleggsundersøkelsen ett år senere. Formålet med å bruke HSCL-25 i denne rapporten var å undersøke treffsikkerheten til HSCL-25, dvs. evnen til korrekt identifisere psykiske lidelser basert på CIDI.

2.3 STATISTISKE ANALYSER

Først regnet vi ut uvektede estimat for bakgrunnsvariablene blant studenter som deltok versus ikke deltok i tilleggsundersøkelsen, samt det totale SHoT 2022-utvalget. Statistiske sammenligninger ble gjennomført mellom CIDI-deltakere versus CIDI-ikke-deltakere, samt CIDI-deltakere versus SHoT 2022, ved bruk av Chi-kvadrat-tester (for kategoriske variabler) eller uavhengige t-tester (for kontinuerlige variabler). Alle analysene på totalutvalget ble vektet for kjønn på grunn av forskjeller i kjønnsfordelingen i studentbefolkningen (58,4% kvinner) sammenlignet med CIDI-utvalget (70,6 % kvinner). Vi vektet ikke for alder, da aldersfordelingen ikke skilte seg signifikant fra den totale studentpopulasjonen som ble invitert til delta i SHoT 2022. De kjønns spesifikke prevalensene viser da ikke-vektede estimat. Mer informasjon om de statistiske analysene finnes i artikkelen publisert i The Lancet Regional Health - Europe.

3. RESULTATER

3.1 BESKRIVELSE AV UTVALGET OG REPRESENTATIVITET

Tabell 3.1 viser sosiodemografiske og kliniske karakteristika hos studentene som gjennomførte tilleggsundersøkelsen, og den opprinnelige SHoT 2022-undersøkelsen 12 måneder tidligere. Bakgrunnsinformasjon om deltakerne ble innhentet ved å koble CIDI-undersøkelsen til SHoT 2022-undersøkelsen. Utvalget i CIDI hadde en gjennomsnittsalder på 24 år, og besto av flere kvinner (70,6 %) enn menn, og de aller fleste var etnisk norske (90.1 %). Omtrent halvparten av studentene (51.3 %) rapporterte at de var single. Foreldrenes utdanningsnivå var generelt høyt.

De sosiodemografiske karakteristikkene blant studentene som fullførte CIDI var generelt sammenfallende med SHoT 2022-undersøkelsen, med unntak av kjønn (kvinner utgjorde 70,6 % vs. 66.4 % av utvalget i CIDI og SHoT 2022). Det var ingen signifikante forskjeller mellom studenter som deltok versus studenter som ikke deltok (men som ble invitert), på noen av de sosiodemografiske bakgrunnsvariablene.

Nivået av psykiske plager, målt med HSCL-25 i SHoT 2022-undersøkelsen, var tilnærmet likt blant studenter som gjennomførte tilleggsundersøkelsen CIDI (gjennomsnittsskår på 1.88) sammenlignet med studenter som ble invitert, men ikke deltok (gjennomsnittsskår på 1.89). Imidlertid var gjennomsnittlig HSCL-25 skår litt høyere blant dem som deltok i CIDI, sammenlignet med hele SHoT 2022-utvalget (gjennomsnittsskår på 1.86). Det var ingen signifikant forskjell i HSCL-25 skåre (målt i tilleggsundersøkelsen CIDI) mellom studenter som gjennomførte alle CIDI-modulene og studenter med manglende data i en eller flere av modulene.

TABELL 3.1 SOSIODEMOGRAFISKE OG KLINISKE KARAKTERISTIKA HOS STUDENTENE.

Karakteristika	CIDI respondenter (n=10 460)	CIDI ikke- respondenter (n=5 958)	SHoT 2022* (n=53 362)
Gjennomsnittsalder	24,0	24,0	24,0
Kjønn, %			
Kvinner	70,6	70,4	66,4
Menn	29,4	29,6	33,6
Singel, %	51,2	50,3	51,0
Etnisitet, %			
Norsk	90,1	89,1	89,6
Ikke norsk	9,9	10,9	10,4
Mors utdanningsnivå, %			
Grunnskole	4,4	5,4	4,7
Videregående skole	28,0	28,4	28,6
Høyere utdanning	67,6	66,1	66,7
Fars utdanningsnivå, %			
Grunnskole	6,0	7,2	6,3
Videregående skole	36,7	37,1	37,2
Høyere utdanning	57,3	55,8	56,5
HSCL-25, gjennomsnitt [§]	1,88	1,89	1,86

* Gjennomsnitt for alle i SHoT 2022 utvalget mellom 18-35 år; justert for kjønn

3.2 30-DAGERS FOREKOMST (NÅVÆRENDE LIDELSE)

CIDI-undersøkelsen fra 2023 viser at 33,9 % av studenter oppfyller kriteriene for en nåværende psykisk lidelse (se **tabell 3.2**). Hver fjerde student har en eller annen form for angstlidelse, mens 14,5 % har en alvorlig depressiv episode ut ifra kriteriene. Forekomsten av rusbrukslidelser er betydelig lavere, hvor henholdsvis 6,5 % av studenter har en alkoholbrukslidelse og 0.8 % har en stoffbrukslidelse.

TABELL 3.2 30-DAGERS FOREKOMST AV PSYKISKE LIDELSER OG RUSBRUKSLIDELSER. TOTALT.

	Totalt (vektet for kjønn)	Kvinner	Menn
Alvorlig depressiv episode	14,5	17,1	10,8
Én eller annen angstlidelse	23,4	29,9	14,3
Generalisert angstlidelse	12,8	16,0	8,2
Agorafobi	1,5	2,0	0,7
Panikklidelse	5,3	7,4	2,4
Sosial angstlidelse	7,9	10,0	4,9
Spesifikk fobi	6,9	9,6	3,0
Én eller annen rusbrukslidelse	7,1	6,0	8,6
Alkoholbrukslidelse	6,5	5,6	7,7
Stoffbrukslidelse	0,8	0,5	1,3
Én eller flere lidelser	33,9	39,7	25,7

Samlet sett oppfyller 39,7 % av de kvinnelige studentene, og 25,7 % av de mannlige studentene kriteriene, for en nåværende psykisk lidelse. Den psykiske lidelsen som forekommer oftest er alvorlig depressiv episode (17,1 % av kvinner og 10,8 % av menn), etterfulgt av generalisert angstlidelse (16 % av kvinner og 8,2 % av menn). Angstlidelsene med lavest forekomst er sosial angstlidelse (10 % av kvinner og 4,9 % av menn), spesifikke fobier (9,6 % av kvinner og 3 % av menn), panikklidelse (7,4 % av kvinner og 2,4 % av menn) og agorafobi (2 % av kvinner og 0,7 % av menn). Forekomsten er gjennomgående høyere blant kvinner enn menn. Når det gjelder rusbrukslidelser er kjønnsmønsteret motsatt, både for alkoholbrukslidelse (7,7 % av menn mot 5,6 % av kvinner) og stofflidelse (1,3 % av menn mot 0,5 % av kvinner).

3.3 12-MÅNEDERS FOREKOMST

Over halvparten (51,1 %) av studentene oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av det siste året (**Tabell 3.3**). Den lidelsen som forekommer oftest er alvorlig depressiv episode (30,9 %), men også generalisert angstlidelse (19,3 %), panikklidelse (10,9 %) og sosial angstlidelse (10,9 %) er utbredt. I overkant av hver tiende student (12,5 %) har også en form for rusbrukslidelse. Blant rusbrukslidelsene er forekomsten høyest for alkoholbrukslidelse (8,8 %), etterfulgt av stoffbrukslidelse (4,7 %).

TABELL 3.3 12-MÅNEDERS FOREKOMST AV PSYKISKE LIDELSER OG RUSBRUKSLIDELSER. TOTALT.

	Totalt (vektet for kjønn)	Kvinner	Menn
Alvorlig depressiv episode	30,9	35,3	24,7
Én eller annen angstlidelse	32,8	40,7	21,6
Generalisert angstlidelse	19,3	23,8	13,0
Agorafobi	2,1	2,9	1,0
Panikklidelse	10,9	14,4	6,0
Sosial angstlidelse	10,9	13,6	7,1
Spesifikk fobi	8,7	11,9	4,2
Én eller annen rusbrukslidelse	12,5	10,6	15,1
Alkoholbrukslidelse	8,8	7,7	10,4
Stoffbrukslidelse	4,7	3,7	6,2
Én eller annen lidelse	51,1	57,3	42,5

Som også vist i tabell 3.3 oppfyller 57,3 % av kvinnelige studenter og 42,5 % av mannlige studenter kriteriene for en psykisk lidelse de siste 12-månedene. Blant kvinner er den vanligst forekommende lidelsen alvorlig depressiv episode (35,3 %), etterfulgt av generalisert angstlidelse (23,8 %), panikklidelse (14,4 %) og sosial angstlidelse (13,6 %). Et lignende mønster ses blant menn, men med lavere forekomst (depressiv episode: 24,7 %, generalisert angstlidelse: 13 %, sosial angstlidelse: 7,1 % og panikklidelse: 6 %). For de siste 12-månedene er prevalensen for alkoholbrukslidelser og stofflidelser 7,7 % og 3,7 % blant kvinner, og 10,4 % og 6,2 % blant menn.

3.4 LIVSTIDSFØREKOMST

Et flertall av studentene (61,6 %) oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av livet. To av fem har opplevd en alvorlig depressiv episode (41 %) eller en form for angstlidelse (39,9 %). Den angstlidelsen som forekommer klart hyppigst er generalisert angstlidelse (24 %). **Tabell 3.4** viser forekomsten for de andre angstlidelsene.

Hver femte student (19,5 %) har hatt en form for rusbrukslidelse i løpet av livet, hvorav 17,1 % har hatt en alkoholbrukslidelse og 4,7 % har hatt en stoffbrukslidelse.

TABELL 3.4 LIVSTIDSFOREKOMST AV PSYKISKE LIDELSER OG RUSBRUKSLIDELSER. TOTALT.

	Totalt (vektet for kjønn)	Kvinner	Menn
Alvorlig depressiv episode	41,0	46,0	34,0
Én eller annen angstlidelse	39,9	48,4	28,0
Generalisert angstlidelse	24,0	29,0	16,9
Agorafobi	2,7	3,7	1,3
Panikklidelse	14,9	19,4	8,7
Sosial angstlidelse	13,1	16,2	8,8
Spesifikk fobi	10,7	14,1	5,9
Én eller annen rusbrukslidelse	19,5	17,7	22,1
Alkoholbrukslidelse	17,1	16,1	18,6
Stoffbrukslidelse	4,7	3,7	6,2
Én eller annen lidelse	61,6	67,3	53,6

Hele 67,3 % av de kvinnelige studentene oppfyller diagnosekriteriene for en psykisk lidelse i løpet av livet, mens livstidsforekomsten blant menn er 53,6 %. Forekomsten er høyest for alvorlig depressiv episode, med en livstidsforekomst på 46 % hos kvinner og 34 % hos menn. Når det gjelder generalisert angstlidelse er livstidsforekomsten høyere blant kvinner enn menn (29 % av kvinner og 16,9 % av menn). Livstidsforekomsten for de mindre vanlige angstlidelsene er presentert i **tabell 3.4**. Alkoholbrukslidelse har en livstidsforekomst blant kvinner på 16,1 % og 18,6 % blant menn.

3.5 ALDERSFORSKJELLER

De fleste psykiske lidelsene følger et u-formet mønster når det gjelder aldersforskjeller i 12-månedersforekomst av psykiske lidelser (se **tabell 3.5**). Med andre ord er forekomsten høyere i den yngste aldergruppen, før den synker noe blant studentene mellom 23 og 25 år. Deretter øker forekomsten igjen blant studenter mellom 26 og 35 år. For eksempel er forekomsten for depressiv episode 30,4 % for studenter mellom 18 og 22 år, mot 28,7 % og 34,2 % blant studenter i alderen 23-25 år og 26-35 år. Unntaket er generalisert angstlidelse og stoffbrukslidelse, hvor forekomsten øker med stigende alder. Alkoholbrukslidelse er den eneste lidelsen hvor forekomsten synker med stigende alder. Tilsvarende mønster er til stede for 30-dagers og livstidsforekomst.

TABELL 3.5 12-MÅNEDERS FOREKOMST AV PSYKISKE LIDELSER
VEKTET FOR KJØNN OG STRATIFISERT PÅ ALDER.

	18-22 år	23-25 år	26-35 år
Stemningslidelser			
Alvorlig depressiv episode	30,4	28,7	34,2
Angstlidelser			
Én eller annen angstlidelse	31,4	30,5	36,9
Generalisert angstlidelse	16,4	18,0	24,0
Agorafobi	2,2	1,7	2,7
Panikklidelse	11,3	10,3	11,1
Sosial angstlidelse	11,1	9,5	12,5
Spesifikk fobi	8,6	8,4	9,2
Rusbrukslidelser			
Én eller annen rusbrukslidelse	12,4	11,4	13,9
Alkoholbrukslidelse	9,8	8,7	7,8
Stoffbrukslidelse	3,5	3,8	7,4
Én eller annen lidelse	51,3	48,4	54,6

4. VEIEN VIDERE

Dette er den første undersøkelsen som har tatt i bruk den nyutviklede selv-administrerte elektroniske versjonen av CIDI 5.0. Bruken av denne versjonen har gjort det mulig å rekruttere et stort nasjonalt utvalg av studenter, med relativt lave kostnader. Gjennom svarene til 10 460 studenter fant vi en urovekkende høy forekomst av flere psykiske lidelser. Funnene viser at 39,7 % av kvinnelige studenter og 25,7 % av mannlige studenter har en nåværende psykisk lidelse. Forekomsten for de siste 12 månedene og i løpet av livet er ikke overraskende enda høyere.

Det som skiller denne undersøkelsen fra tidligere forskning, er hvilket mål på psykiske lidelser som er benyttet. Ofte brukes korte spørreskjemaer og scoringsverktøy som er utviklet for å identifisere korte perioder med psykiske plager. Diagnostiske verktøy som kartlegger psykiske lidelser (slik som CIDI) derimot, inkluderer også kriterier som vurderer alvorlighetsgrad, funksjonsnedsettelse og symptomvarighet, noe som øker terskelen for å identifisere tilfeller av lidelser. Selv om førstnevnte kan fange opp variasjoner i psykiske plager, betyr slike variasjoner ikke nødvendigvis at det har vært en tilsvarende økning av personer som ville tilfredsstilt kravene for en psykisk lidelse. Overraskende få studier har brukt strukturerte diagnostiske intervjuer, og de aller fleste er nå mer enn ti år gamle (Kou et al., 2012; Verger et al., 2010). Unntaket er den nederlandske NEMESIS-3 studien (Ten Have et al., 2023; Trimbos Institute, 2023), som er en pågående forekomststudie av psykiske lidelser i den nederlandske befolkningen. Ved bruk av CIDI 3.0 (ansikt til ansikt intervjuer) viste den studien at 12-måneders forekomsten av en psykisk lidelse var 40 % blant unge voksne mellom 18 til 24 år, og 35 % for dem mellom 25 til 35 år. Livstidsforekomstene i de samme aldersgruppene var 50 % og 59 %. Forekomstestimatene fra inneværende undersøkelse er også høyere enn det som ble rapportert i en oppfølgingsstudie av psykiske lidelser i HUNT studien fra 2020 (Knudsen et al., 2021). Basert på intervjuer med 2 154 deltakere ved bruk av CIDI 5.0, ble det estimert at 30-dagers forekomst av psykiske lidelser for dem mellom 20-29 år var 25.5 % rett før utbruddet av COVID-19 pandemien. Til tross for at estimatene for forekomst fra både NEMESIS-3 og HUNT er lavere enn de som er funnet i denne undersøkelsen av studenter, konstaterer alle tre studiene at psykiske lidelser er utbredt blant unge voksne.

Funnene fra denne undersøkelsen er svært bekymringsverdige, fordi de viser at en betydelig andel studenter opplever psykiske lidelser som er alvorlige nok til å kreve en form for intervensjon. Vi vet også at omtrent halvparten av dem som har en depressiv episode for første gang, opplever gjentakende og nye episoder (Monroe et al., 2019). Til tross for at noen studier viser en økning i hjelpesøkende atferd (Oswalt et al., 2020), er det også indikasjoner på at kun et fåtall av unge oppsøker og mottar tilstrekkelig hjelp for psykiske helseproblemer (Arria et al., 2011; Sivertsen & Johansen, 2022). Gitt den negative påvirkningen psykiske lidelser har på f.eks. akademiske prestasjoner, som videre kan påvirke fremtidige ansettelsesmuligheter, er det viktig at både utdanningsinstitusjoner, studentsamskipnader og myndigheter sørger for at de nødvendige hjelpe- og behandlingsapparatene er tilstrekkelig rustet.

Selv om vi i denne undersøkelsen ikke kan si noe sikkert om årsaken til den høye forekomsten av psykiske lidelser, er det trolig flere forhold som kan være sentrale. Fra et metodologisk standpunkt har det blitt foreslått at endringer i selvrapportering muligens kan skyldes redusert stigmatisering knyttet til psykisk helse, noe som dermed kan ha

medført økt rapportering av psykiske helseproblemer (Cybulski et al., 2021). Imidlertid gir nye funn fra Storbritannia, som har undersøkt tidstrender fra 2009 til 2019, liten støtte for argumentet om at endringer i stigmatisering kan forklare den tydelige økningen i selvrapporterte psykiske plager det siste tiåret (Gagné et al., 2023). En annen mulig forklaring kan være relatert til den stadig økende andelen unge voksne som tar høyere utdanning. Som en konsekvens av dette har studentbefolkningen blitt mer mangfoldig og inkluderer muligens et større antall personer som mangler de nødvendige ressursene for å håndtere kravene som studentlivet medfører, eller som oftere opplever psykiske helseproblemer. Det er også flere risikofaktorer som kan ha bidratt til forverringen i den psykiske helsen til studenter og unge voksne. Det inkluderer en økning i ensomhet (Hysing et al., 2020), perfektjonisme (Curran & Hill, 2019), og fokus på utseende (von Soest & Wichstrøm, 2014), i tillegg til egne forventninger til utdanning, potensiell negativ påvirkning fra sosiale medier, samt endringer i rusbruk, spesielt cannabisbruk (Thombs et al., 2018). Videre kan man også spekulere i om det har skjedd en endring i sårbarheten blant dagens unge voksne sammenlignet med tidligere, og dermed mottakeligheten av risikofaktorer og hvorvidt den yngre generasjonen har de nødvendige mestringsstrategiene til å håndtere normalt stress og press i livet. Imidlertid finnes det begrenset evidens som støtter en slik endret sårbarhet blant unge (Sweeting et al., 2010), og ingen av disse faktorene har blitt grundig undersøkt med høyere utdanning som kontekst. Til slutt bør det også nevnes at CIDI-undersøkelsen ble gjennomført mer enn et år etter at mange av restriksjonene relatert til COVID-19 pandemien ble fjernet i Norge. Til tross for at spesielt studenter viste en tydelig forverring av den psykiske helsen i begynnelsen av pandemien (Hossain et al., 2020; Sivertsen et al., 2022), viser den nåværende studien at den psykiske helsen til studenter fortsatt utgjør en bekymring.

4.1 STYRKER OG BEGRENSNINGER VED UNDERSØKELSEN

Den viktigste styrken med denne undersøkelsen er at all diagnostisk informasjon ble innhentet gjennom et standardisert og validert kartleggingsverktøy (CIDI). Samtidig medfører det noen utfordringer at undersøkelsen benyttet en nyutviklet selvadministrert elektronisk versjon av CIDI, i motsetning til den tradisjonelle ansikt-til-ansikt eller telefon-versjonen. Selv om tidligere studier som har brukt CIDI 5.0 ikke har funnet forskjeller i forekomst mellom ansikt-til-ansikt og telefonintervjuer (Knudsen et al., 2021), har så langt ingen studier validert denne selvadministrerte diagnostiske versjonen av CIDI opp mot med det som er hentet inn gjennom ansikt-til-ansikt og telefonintervjuer, eller en semi-strukturert klinisk diagnostisk vurdering fra psykisk helsepersonell.

En nylig studie om selv-rapporterte psykiske vansker sammenlignet datainnsamling på internett med ansikt-til-ansikt. I den studien viste de seg at personer som besvarte et spørreskjema ansikt-til-ansikt rapporterte noe færre depressive symptomer sammenlignet med dem som svarte over internett (Kocjan et al., 2023), noe som kan indikere at sosial ønskelighet kan påvirke svarene som gis når en intervjuer er til stede. Samtidig kan det diskuteres hvilke av disse tilnærmingene som gir de mest presise estimatene for forekomst, da andre undersøkelser også har vist at unge og høyt utdannede respondenter, har en tendens til å underrapportere symptomer på angst og depresjon når de blir intervjuet (Moum, 1998). Derfor bør metoden for hvordan spørreundersøkelsen administreres, og de mulige effektene av dette, tas hensyn til når man tolker resultatene av slike undersøkelser.

En annen begrensning ved SHoT 2022 er at vi ikke vet hvorvidt de som ikke svarte på undersøkelsen har høyere eller lavere sannsynlighet for å ha en psykisk lidelse enn dem som takket ja til å delta i undersøkelsen. Den eneste informasjonen vi har om de som ikke besvarte undersøkelsen er fordeling av alder og kjønn, noe som ikke skilte seg fra respondenter på SHoT 2022. Selv om det har blitt vist at de som ikke deltar i helseundersøkelser generelt har verre helse enn de som deltar (Knudsen et al., 2010), kan også personer være mer interessert i å delta i spørreundersøkelser hvis temaet har personlig relevans for dem (Edwards et al., 2009). Imidlertid fant vi kun marginale forskjeller i nivået av psykiske plager (målt ved bruk av HSCL-25 i SHoT 2022) mellom de som deltok og ikke deltok i CIDI-tilleggsundersøkelsen, og andelen manglende data i CIDI studien var ikke signifikant assosiert med HSCL-25 skåren. Den eneste informasjonen vi hadde om de som ikke deltok i undersøkelsen var alder- og kjønnsfordeling, noe som ikke skilte seg fra de som deltok i SHoT 2022. Vi hadde ikke mulighet til å vurdere hvor representativt utvalget i CIDI var sammenlignet med referansepopulasjonen (norske studenter i høyere utdanning) når det gjaldt demografiske og utdanningsmessige aspekter. Imidlertid var svarprosentene på tvers av helseregionene i Norge relativt like, noe som tyder på at det var en rimelig geografisk representativitet. Et annet punkt som er verdt å nevne er at vi ikke målte alle diagnostiske kategorier inkludert i CIDI i denne studien. Følgende lidelser/diagnostiske kategorier ble utelatt for å minimere belastninger på studentene som deltok, og dermed øke svarprosenten: bipolare lidelser, tvangslidelser, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) og personlighetslidelser. Fremtidige studier burde undersøke forekomsten av disse lidelsene blant studenter.

- Ahmed, I., Hazell, C. M., Edwards, B., Glazebrook, C., & Davies, E. B. (2023). A systematic review and meta-analysis of studies exploring prevalence of non-specific anxiety in undergraduate university students. *BMC Psychiatry*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04645-8>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.). American Psychiatric Association.
- Arria, A. M., Winick, E. R., Garnier-Dykstra, L. M., Vincent, K. B., Caldeira, K. M., Wilcox, H. C., & O'Grady, K. E. (2011). Help seeking and mental health service utilization among college students with a history of suicide ideation. *Psychiatr Serv*, 62(12), 1510-1513. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005562010>
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., . . . Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychol Med*, 46(14), 2955-2970. <https://doi.org/10.1017/s0033291716001665>
- Ballester, L., Alayo, I., Vilagut, G., Almenara, J., Cebrià, A. I., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Soto-Sanz, V., Blasco, M. J., Castellví, P., Forero, C. G., Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R. P., Nock, M. K., . . . Alonso, J. (2019). Accuracy of online survey assessment of mental disorders and suicidal thoughts and behaviors in Spanish university students. Results of the WHO World Mental Health- International College Student initiative. *PLoS One*, 14(9), e0221529. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221529>
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med*, 43(5), 897-910. <https://doi.org/10.1017/s003329171200147x>
- Bilsen, J. (2018). Suicide and Youth: Risk Factors. *Front Psychiatry*, 9, 540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
- Chi, T., Cheng, L., & Zhang, Z. (2023). Global prevalence and trend of anxiety among graduate students: A systematic review and meta-analysis. *Brain and Behavior*, 13(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/brb3.2909>
- Costello, E. J., Burns, B. J., Angold, A., & Leaf, P. J. (1993). How can epidemiology improve mental health services for children and adolescents? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(6), 1106-1114; discussion 1114-1107. <https://doi.org/10.1097/00004583-199311000-00002>
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychol Bull*, 145(4), 410-429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- Cybulski, L., Ashcroft, D. M., Carr, M. J., Garg, S., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Webb, R. T. (2021). Temporal trends in annual incidence rates for psychiatric disorders and self-harm among children and adolescents in the UK, 2003-2018. *BMC Psychiatry*, 21(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03235-w>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci*, 19(1), 1-15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Duffy, A., Keown-Stoneman, C., Goodday, S., Horrocks, J., Lowe, M., King, N., Pickett, W., McNevin, S. H., Cunningham, S., Rivera, D., Bisdounis, L., Bowie, C. R., Harkness, K., & Saunders, K. E. A. (2020). Predictors of mental health and academic outcomes in first-year university students: Identifying prevention and early-intervention targets. *BJPsych Open*, 6(3). <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.24>

- Edwards, P. J., Roberts, I., Clarke, M. J., Diguiseppi, C., Wentz, R., Kwan, I., Cooper, R., Felix, L. M., & Pratap, S. (2009). Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.MR000008.pub4>
- Erudera. *World's Most Educated Countries and Their Main Common Characteristics*. Retrieved 5.oktober from <https://erudera.com/resources/worlds-most-educated-countries-their-main-common-characteristics/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>
- Gagné, T., Henderson, C., & McMunn, A. (2023). Is the self-reporting of mental health problems sensitive to public stigma towards mental illness? A comparison of time trends across English regions (2009-19). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 58(4), 671-680. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02388-7>
- Haro, J. M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T. S., de Girolamo, G., Guyer, M. E., Jin, R., Lepine, J. P., Mazzi, F., Reneses, B., Vilagut, G., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*, 15(4), 167-180. <https://doi.org/10.1002/mpr.196>
- Hjorth, C. F., Bilgrav, L., Frandsen, L. S., Overgaard, C., Torp-Pedersen, C., Nielsen, B., & Bøggild, H. (2016). Mental health and school dropout across educational levels and genders: a 4.8-year follow-up study. *BMC Public Health*, 16, 976. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3622-8>
- Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U., & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research* 2020, 9, 636. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
- Hysing, M., Petrie, K. J., Bøe, T., Lønning, K. J., & Sivertsen, B. (2020). Only the Lonely: A Study of Loneliness Among University Students in Norway. *Clinical Psychology in Europe*, 2(1), 1-16. <https://doi.org/10.32872/cpe.v2i1.2781>
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Jordanova, V., Wickramesinghe, C., Gerada, C., & Prince, M. (2004). Validation of two survey diagnostic interviews among primary care attendees: a comparison of CIS-R and CIDI with SCAN ICD-10 diagnostic categories. *Psychol Med*, 34(6), 1013-1024. <https://doi.org/10.1017/s0033291703001727>
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, 13(2), 93-121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
- King, N., Pickett, W., Rivera, D., Byun, J., Li, M., Cunningham, S., & Duffy, A. (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of First-Year Undergraduate Students Studying at a Major Canadian University: A Successive Cohort Study. *Can J Psychiatry*, 68(7). <https://doi.org/10.1177/07067437221094549>
- Knudsen, A. K., Austheim, T., Pettersen, C., & Reneflot, A. (2020). *Project protocol: Diagnostic Survey of Mental and Substance Use Disorders in HUNT (PsykhUNT)*. <https://www.fhi.no/contentassets/fe52fa43c1f746208a54d054037a7f5b/psykhunt-project-protocol.pdf>
- Knudsen, A. K., Hotopf, M., Skogen, J. C., Overland, S., & Mykletun, A. (2010). The health status of nonparticipants in a population-based health study: the Hordaland Health Study. *Am J Epidemiol*, 172(11), 1306-1314. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq257>

- Knudsen, A. K., Kinge, J. M., Skribekk, V., & Vollset, S. E. (2016). *Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013: resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013)*. <https://www.fhi.no/publ/2016/sykdomsbyrde-i-norge-1990-2013/>
- Knudsen, A. K., Tollånes, M. K., Haaland, Ø. A., Kinge, J. M., Skribekk, V., & Vollset, S. E. (2017). *Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)*. <https://www.fhi.no/publ/2017/sykdomsbyrde-inorge-2015/>
- Knudsen, A. K. S., Stene-Larsen, K., Gustavson, K., Hotopf, M., Kessler, R. C., Krokstad, S., Skogen, J. C., Øverland, S., & Reneflot, A. (2021). Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *Lancet Reg Health Eur*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100071>
- Kocjan, G. Z., Lavtar, D., & Sočan, G. (2023). The effects of survey mode on self-reported psychological functioning: Measurement invariance and latent mean comparison across face-to-face and web modes. *Behav Res Methods*, 55(3), 1226-1243. <https://doi.org/10.3758/s13428-022-01867-8>
- Kou, C. G., Meng, X. F., Xie, B., Chen, Y. F., Yu, Q., Shi, J. P., Yu, Y., D'Arcy, C., & Huang, Y. (2012). The prevalence and correlates of neurotic disorders among undergraduates at a mainland Chinese university. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 2011-2018. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0500-2>
- Monroe, S. M., Anderson, S. F., & Harkness, K. L. (2019). Life stress and major depression: The mysteries of recurrences. *Psychol Rev*, 126(6), 791-816. <https://doi.org/10.1037/rev0000157>
- Moum, T. (1998). Mode of administration and interviewer effects in self-reported symptoms of anxiety and depression. *Social Indicators Research*, 45(1), 279-318. <https://doi.org/10.1023/A:1006958100504>
- Nordgaard, J., Sass, L. A., & Parnas, J. (2013). The psychiatric interview: validity, structure, and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 263(4), 353-364. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0366-z>
- Oswalt, S. B., Lederer, A. M., Chestnut-Steich, K., Day, C., Halbritter, A., & Ortiz, D. (2020). Trends in college students' mental health diagnoses and utilization of services, 2009-2015. *J Am Coll Health*, 68(1), 41-51. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1515748>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Rettew, D. C., Lynch, A. D., Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Ivanova, M. Y. (2009). Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *Int J Methods Psychiatr Res*, 18(3), 169-184. <https://doi.org/10.1002/mpr.289>
- Røsjø, B. (2014). *Angst og depresjon koster mest*. Retrieved 17. Juli from <https://forskning.no/angst-eu-norges-forskningsrad/angst-og-depresjon-koster-mest/570433>
- Sheldon, E., Simmonds-Buckley, M., Bone, C., Mascarenhas, T., Chan, N., Wincott, M., Gleeson, H., Sow, K., Hind, D., & Barkham, M. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 287, 282-292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.054>
- Sivertsen, B., & Johansen, M. S. (2022). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse. Hovedrapport 2022*. Studentsamskipnaden SiO.
- Sivertsen, B., Knapstad, M., Petrie, K., O'Connor, R., Lønning, K. J., & Hysing, M. (2022). Changes in mental health problems and suicidal behaviour in students and their associations with COVID-19-related restrictions in Norway: a national repeated cross-sectional analysis. *BMJ Open*, 12(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057492>
- Skogen, J. C., Øverland, S., Smith, O. R. F., & Aarø, L. E. (2017). The factor structure of the Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25) in a student population: A cautionary tale. *Scand J Public Health*, 45(4), 357-365. <https://doi.org/10.1177/1403494817700287>

- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*, 27(1), 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Survey Research Center. (2016). *Guidelines for Best Practice in Cross-Cultural Surveys: Survey Research Center*.
- Sweeting, H., West, P., Young, R., & Der, G. (2010). Can we explain increases in young people's psychological distress over time? *Soc Sci Med*, 71(10), 1819-1830. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.012>
- Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Schouten, F., Luik, A. I., & de Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22(2), 275-285. <https://doi.org/10.1002/wps.21087>
- Thombs, B. D., Kwakkenbos, L., Levis, A. W., & Benedetti, A. (2018). Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self-report screening questionnaires. *Cmaj*, 190(2), E44-e49. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170691>
- Trimbos Institute. *The mental health of the Dutch population*. Trimbos Institute. Retrieved 17. Juli from <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>
- Verger, P., Guagliardo, V., Gilbert, F., Rouillon, F., & Kovess-Masfety, V. (2010). Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(2), 189-199. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0055-z>
- von Soest, T., & Wichstrøm, L. (2014). Secular trends in depressive symptoms among Norwegian adolescents from 1992 to 2010. *J Abnorm Child Psychol*, 42(3), 403-415. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9785-1>

Tilleggsundersøkelse om psykiske lidelser blant studenter